ROK IV. WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK 1924. № 5 (23).

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

DR. MED. WŁODZIMIERZ SZAFRAN. Lwów.

Przyczynek kliniczny do patologji i terapji torbieli zawiązkowych.

Najczęstszymi nowotworami jakie mamy sposobność obserwować w obrębie jamy ustnej są torbiele. Są one nowotworami stojącymi w bezpośrednim związku z zębami i dzielą się zasadniczo na dwa rodzaje — na torbiele korzeniowe i torbiele zawiązkowe. Pierwsze z nich o wiele częściej spotykane, występują tylko na korzeniach zębów stałych, których miazga została dawno zniszczoną, czy to przez postępujący proces próchnicowy od zewnątrz, — czy też jako następstwo jałowego rozpadu miazgi od wewnątrz.

Torbiele zawiązkowe natomiast spotyka się o wiele rzadziej. Powstają one z woreczków zawiązkowych zębów stałych lub nadliczbowych. Torbiele te można obserwować na zębach stałych przeważnie w okresie drugiego ząbkowania, względnie wkrótce po jego ukończeniu. Jak rzadko zachodzą przypadki torbieli zawiązkowych wykazuje nam statystyka oddziału chirurgicznego instytutu dentystycznego w Berlinie, gdzie na ogólną liczbę 101772 zgłaszających się chorych w latach od 1. IV. 1907 r. do 1. IV. 1919 obserwowano ogółem 2130 torbieli, a w tej liczbie zaledwie 121 torbieli zawiązkowych. Z uwagi zaś na płeć obserwowano 62 razy torbiele zawiązkowe u mężczyzn, 59 razy u kobiet. Pod względem umiejscowienia się torbieli zawiązkowych, to w 83 przypadkach znajdowały się one w szczęce górnej, — w 38 zaś przypadkach w szczęce dolnej. To zestawienie zrobione na tak olbrzymim materjale klinicznym zbija tak twierdzenie Rohrer'a, że torbiele zawiązkowe zachodzą częściej u kobiet (co tłómaczy on sobie mniejszą znacznie szczęką kobiety),

jak również i Partsch'a twierdzącego, że żuchwa jest uprzywilejowanem miejscem rozwijania się torbieli zawiązkowych.

Powody powstawania torbieli zawiązkowych są nieznane. Podawany jako przyczyna uraz, mimo że literatura notuje go w historjach choroby szeregu przypadków, to jednak może być uważany raczej jako rzecz przypadku, a nie jako powód właściwy. Liczne natomiat spostrzeżenia Williger'a, Reinmöller'a, Mayerhoffer'a, Salter'a, Schilling'a i innych, w których jeden i tensam chory kilkakrotnie zgłasza się z torbielą zawiązkową na coraz to innym zębie, nie wykluczają przypuszczenia, że usposobienie indywidualne jest jednym z powodów powstawania torbieli zawiązkowych.

Pierwszym, który zwrócił uwagę na torbiele zawiązkowe był Brocca. Następnie Magitot podejmując teorję Brocca rozwinął ją i rozdzielił zasadniczo torbiele zawiązkowe od torbieli korzeniowych, przyczem podał równocześnie różnorakie ich pochodzenie. Torbielami więc zawiązkowemi nazywają Brocca-Magitot zwyrodnienie woreczka zawiązkowego zęba stałego normalnego, względnie nadliczbowego. Wychodząc z założenia, że torbiele zawiązkowe mogą rozwijać się w różnych okresach rozwoju zębów, podzielił je Magitot na torbiele:

1) okresu embrjoplastycznego,
2) „ odontoplastycznego,
3) „ tworzenia się korony.

Do torbieli powstałych w pierwszym okresie zalicza on torbiele, w których nie znajdujemy zębów, — ani ich szczątków, lecz tylko sam płyn. Drugim okresem obejmuje on torbiele ze szczątkami zębów; torbiele zaś powstałe w trzecim okresie zawierają już wykształcone zęby albo przynajmniej korony zębów. Przeciw tej teorji Magitot'a wystąpił w pracy swojej Malassez, który odnosił powstawanie torbieli zawiązkowych i korzeniowych do odległych przez siebie, a znajdujących się rozrzucone w ozębnej, t. zw. „débris epitheliaux paradentaires". Hertwig i Brunn zaś badaniami swemi stwierdzili niezbicie, że débris epitheliaux są niczem innem jak tylko pozostałościami nabłonkowemi zarodkowej listewki zębowej.

Dopiero Partsch i Perthes poparli i udowodnili teorję Brona-Magitot o powstawaniu torbieli zawiązkowych. Obaj autorzy podobnie jak i Hammer, zajmując się badaniem nad powstawaniem torbieli zawiązkowych stwierdzili, że zaczątkiem wytwarzania się jej jest sam woroczek zawiązkowy, a raczej nabłonek tego woreczka, a nie débris epitheliaux Malassez'a. Hammer zaś w jednym przypadku, przy sposobności usuwania częściowo zatrzymanego kła, usunął i pozostałości woreczka zębowego, które zostały na szyjce zęba. Zwisające te części, badane mikroskopowo, wykazały woreczek łączno-tkankowy

wysłany nabłonkiem płaskim wielowarstwowym. Liczne zaś odosobnione wypustki komórek nabłonkowych, otoczone gniazdami komórek łączno-tkankowych, łączyły się dośrodkowo w jedną większą komorę. Obraz ten odpowiadający zupełnie obrazowi mikroskopowemu jaki otrzymujemy po przekrojeniu ściany torbieli zawiązkowej, przyjął on za zaczątek tworzącej się torbieli zawiązkowej. W ten sposób stwierdził on, że torbiele zawiązkowe wychodzą z wyściółki nabłonkowej woreczka zębowego, a nadto, że torbiel zawiązkowa zaczyna wytwarzać się w jednym miejscu ściany woreczka zębowego i dopiero następowo, w miarę wzrostu torbieli, zajmuje cały woreczek zawiązkowy.

Tak powstająca torbiel zawiązkowa jest zawsze prawie nowotworem dobrotliwym. Literatura podaje tylko dwukrotnie złośliwe zwyrodnienie nabłonka ściany torbieli. W obu tych przypadkach zachodziło zwyrodnienie rakowate. Torbiele zawiązkowe, pomimo tego, że są w zasadzie nowotworami dobrotliwymi, zwracają uwagę chorego na siebie doszedłszy do pewnej wielkości.

Przeważna część torbieli zawiązkowych, jakie mamy możność obserwować, dotyczy zębów zatrzymanych w wykłuwaniu. Przypadki te operowane następnie wykazują zawsze prawie ten sam obraz. W głębi spostrzegamy koronę zęba stałego tkwiącą wolno do światła torbieli, ściana zaś torbieli osadza się na szyjce zęba. Pytanie, czy w przypadkach tych pierwotnem jest zatrzymanie w wykłuwaniu zęba, a następowe dopiero tworzenie się torbieli, — albo czy tworząca się torbiel jako objaw pierwotny powstrzymuje następowo ząb w wykłuwaniu się, rozstrzygnęły spostrzeżenia Williger'a i instytutu berlińskiego. Z badań tych wynika, że zachodzi zawsze jako pierwotne zatrzymanie zęba w wykłuwaniu, a następnie dopiero tworzy się w jednym miejscu woreczka zębowego zawiązek torbieli, która rozwijając się coraz bardziej zajmuje z czasem cały woreczek zębowy.

Zawartość torbieli zawiązkowej jest zawsze prawie płynem surowiczym, zawierającym nieco śluzu, tłuszczu i niekiedy kryształków cholestearyny. Zawartość cholestearyny jest wprawdzie nie tak częstą i nie w takiej ilości jak w torbielach korzeniowych, pomimo tego jednak według badań Hammer'a jest ona częstszą jak przypuszczali do niedawna niektórzy autorowie. Bardzo często natomiast, w przypadkach zgłaszających się torbieli zawiązkowych, mamy płyn ropny, a nawet posokowaty.

Stan ten polega w przeważnej ilości przypadków na zakażeniu wtórnem wnętrza torbieli od zewnątrz. Droga takiego zakażenia jasną jest zupełnie, jeżeli w wywiadach stwierdzimy, że chory cierpiał z powodu „wrzodu dziąsła", który następnie

lekarz naciął — i od tego czasu odpływa z miejsca nacięcia stale, albo co pewien czas ropa. Są to przypadki, w których wypuklenie ściany kości i błony śluzowej ust przez torbiel zawiązkową uważana jest mylnie za ropień spowodowany zapaleniem okostnej. W tych więc przypadkach następuje sztuczne zakażenie torbieli przez bezpośrednie przywędrowanie drobnoustrojów ropotwórczych z jamy ustnej.

Niekiedy natomiast przyjść może do zropienia torbieli bez uprzedniego nacinania tejże. Zdarza się bowiem często, że silny nader wzrost torbieli uwypukla znacznie blaszkę kostną i powoduje ścieńczenie jej do grubości nieraz kartki papieru, a nawet zupełny jej zanik. Równocześnie zaś bywa i błona śluzowa jamy ustnej odpowiednio cienką. W tych przypadkach więc powstałe drobne ubytki w nabłonku błony śluzowej stworzyć mogą bramę dla wtargnięcia drobnoustrojów ropotwórczych. Możliwość ta zachodzi częstokroć u osób noszących dostawki kauczukowe. Noszona dostawka drażniąc stale błonę śluzową, szczególnie przy jej uwypukleniu, powoduje stany zapalne tejże, względnie naddarcia nabłonka, a temsamem drobne owrzodzenia.

W innym znowu przypadku może być powodem zropienia torbieli zawiązkowej obsuwanie się dziąsła, przez co wytwarza się torebka pomiędzy dziąsłem i koroną zęba, lub ścianą torbieli. W torebkę tą dostają się następnie drobnoustroje ropotwórcze, powodujące zakażenie torbieli z następowymi objawami.

Luniatschek opisuje kilka przypadków, w których zabiegi operacyjne, lub usuwanie zębów w sąsiedztwie torbieli zawiązkowej, dały powód do zropienia jej i utworzenia się przetoki. Powstanie tych objawów należy tłómaczyć w ten sposób, że przy zabiegu operacyjnym został skaleczony woreczek łączno-tkankowy torbieli, z równoczesnem zakażeniem jej wtórnem.

Również bardzo łatwo zdarzyć się może, że torbiel wzrastając natrafia na ziarniniak zęba sąsiedniego, lub odwrotnie ziarniniak przy swoim rozroście o charakterze naciekowym zetknie się ze ścianą torbieli, której otoczkę przeniknie. Ponieważ zaś tkanka ziarniniaka jest z natury rzeczy tkanką zakażoną drobnoustrojami ropotwórczemi i jest w stanie każdego czasu wytwarzać ropę, temsamem więc nie ulega wątpliwości, że może spowodować ona i zropienie torbieli.

Zdarza się także, że torbiel rosnąc coraz bardziej wejdzie w obręb korzeni zębów sąsiednich. W tych przypadkach sprawy rozpadowe miazgi toczące się w tych zębach przejść mogą bezpośrednio na torbiel. Możliwe jest również, że w takiem ustosunkowaniu torbieli do korzeni zębów sąsiednich torbiel zakażoną być może drogą zawleczenia drobnoustrojów kanalika-

mi kostnemi, kiedy przy zabiegach leczenia konserwatywnego zęba, o miazdze częściowo zgorzelinowej, drobnoustroje ropotwórcze wtłoczone zostaną poza szczyt korzenia.

Trudną jednak do wytłómaczenia jest droga zakażenia torbieli, które znajdują się wewnątrz szczęki, ze wszystkich stron otoczone są dosyć silną tkanką kostną i częściami miękkiemi. Jako powód ropienia tych retroalveolarnie, względnie podniebiennie, rozwijających się torbieli musimy uważać zawleczenie drobnoustrojów drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych.

Wielu wprawdzie autorów uważa tą drogą powstałe zakażenie za hypotetyczne. Jednak mnożenie się przypadków, dla których nie mamy zupełnie wytłómaczenia, a w wywiadach stwierdzamy, że występuje lub niedawno występowało ropienie okołozębowe z jednej strony szczęki, a równocześnie przyszło lub przychodzi w krótkim czasie do zropienia istniejącej torbieli po tej samej lub drugiej stronie (i to bez jakichkolwiek powodów wyżej wymienionych), — wtedy siłą faktu jako rzecz zupełnie pewną przyjąć można możliwość zakażenia drogą naczyń.

Że zakażenia drogą naczyń są nietylko możliwe, ale i rzeczywiście istniejące wynika niezbicie z badań Lexera i innych nad zapaleniem szpiku kostnego*). Jeden z tych przypadków miałem sposobność obserwować, a następnie i leczyć. Przypadek ten, którego historję poniżej przytaczam, ciekawy jest nietylko ze względu na poparcie powyższej teorji, ale i na etjologję schorzeń przy zatrzymaniu zęba.

M. R. lat 30. z Leovič (Jugosławia) zgłosił się dnia 18. grudnia 1922 r. z bólem pierwszego, lewego, dolnego trzonowca. Badanie wykazało wówczas zapalenie ropne ozębnej i okostnej żuchwy, z typowym obrzękiem dziąsła i zajęciem gruczołu podszczękowego. Ząb dany był zupełnie zniszczony, przeto usunięto go w znieczuleniu znoszącem przewodnictwo nerwu żuchwowego.

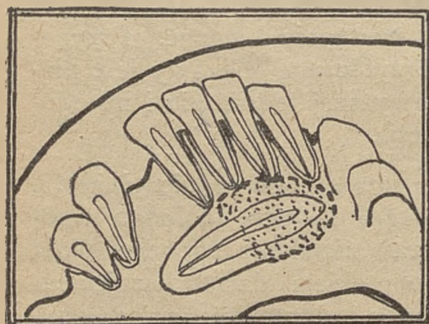
Dnia 2. stycznia 1923. r., a więc w dwa tygodnie później, zgłosił się chory powtórnie, uskarżając się na ból w okolicy przedniego odcinka żuchwy, który powstał w półtora tygodnia po usunięciu pierwszego lewego trzonowca. Ponadto broda opuchła w tym czasie znacznie. Obrzęk powiększał się wprawdzie powoli, ale stale, zajmując całą brodę od przedtrzonowców jednej strony do przedtrzonowców strony drugiej.

Badanie kliniczne. Wiekowi odpowiadający, silnie zbudowany, zdrowo wyglądający mężczyzna. Przednia część brody

---

*) Dr. Włodz. Szafran: Pięć przypadków rozległej martwicy szczęk po durze osutkowym. Pol. Dent. 1923. № 2. Str. 82.

pomiędzy przedtrzonowcami obu stron silnie wypuklona. Guz ostro odgraniczony od otoczenia, skóra ponad nim nieco przesuwalna, nie zaczerwieniona. Po ostwarciu ust stwierdzamy ponad guzem lekkie zaczerwienienie błony śluzowej przedsionka. Pozatem błona śluzowa gładka, lśniąca. Guz sam twardy, o powierzchni gładkiej, wielkości jaja ptasiego, ponad kością żuchwy nie przesuwalny, odcięty ostro od otoczenia. Zdawał się on być raczej silnie napiętym abscessem okostnej żuchwy, a nie części miękkich brody. Łuk zębowy przedniego odcinka żuchwy, oprócz braku obustronnego kłów, był zupełnie wolny od ubytków próchnicowych. Również w wywiadach nie podaje chory urazu jaki mógłby zadziałać na przednie dolne zęby. Badanie prądem wykazało żywotność miazgi wszystkich zębów tego odcinka. Wykonane zdjęcie rentgenowskie wykazało ubytek trzonu żuchwy popod dolnemi siekaczami wielkości opuszki mamego palca, ostro odgraniczony od otoczenia, w obrębie którego znajdował się ząb, koroną skierowany w stronę lewą chorego. Rozpoznanie więc roetgenologiczne wskazało na zatrzymanie w wykłuwaniu prawego dolnego kła i ułożenie jego poprzecznie popod szczytami korzeni dolnych siekaczy (rys. 1.).

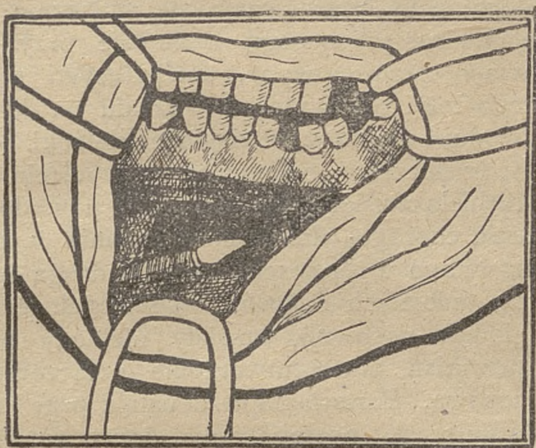


Rys. 1.
Szkic zdjęcia rentgenowskiego przedniego odcinka żuchwy, z wyraźnie zaznaczoną torbielą, w obrębie której znajduje się zatrzymany w wykłuwaniu prawy dolny kieł.

Rozpoznanie — torbiel zawiązkowa zatrzymanego zęba 3|.

Zabieg. Usunięcie zęba zatrzymanego i operacja torbieli metodą Partsch II. W czasie operacji, po usunięciu części miękkich dolnego przedniego przedsionka, oddłutowaniu blaszki szczękowej i otwarciu torbieli, okazało się, że jest ona torbielą zropiałą, na dnie której znajdował się kieł prawy zupełnie silnie rozwinięty w ułożeniu jak wskazuje rys. 2. Z powodu trudności w usunięciu jego, musiałem w dalszym ciągu oddłutować część przedniej blaszki żuchwy i dopiero wtedy udało mi się usunąć dany ząb. Po następowem wyskrobaniu ziarniny, oczyszczeniu rany przez przemycie płynem P_5 (solutio jodico-jodata), założyłem szwy adaptacyjne na obu końcach cięcia. Zwisające ponad zagłębieniem płaty błony śluzowej przedsionka wtamponowałem do wnętrza rany. Po dwu dniach usunąłem tampon i ranę goiłem *per secundam intentionem.*

Opisany powyżej kliniczny przypadek wykazuje więc ropne zapalenie torbieli zawiązkowej, zamkniętej dookoła tkanką kostną, zęba zatrzymanego po stronie prawej żuchwy, w dwa tygodnie po usunięciu pierwszego, dolnego, lewego trzonowca.



Rys. 2.
Ułożenie prawego dolnego kła na dnie jamy torbieli, po usunięciu przedniej blaszki kostnej żuchwy.

Ząb zaś ten był usunięty z powodu ropnego zapalenia okostnej żuchwy. Bezpośrednim przeto i zupełnie uzasadnionym musi być wniosek, że w danym przypadku ropne zapalenie torbieli zawiązkowej zęba zatrzymanego nastąpiło z powodu zawleczenia zakażenia drogą naczyń krwionośnych, względnie limfatycznych z miejsca zapalenia ozębnej i okostnej okolicy korzenia lewego, dolnego trzonowca. Temsamem również mielibyśmy dowód, że „hypotetyczna możliwość" zakażenia torbieli zawiązkowych, zębów zatrzymanych, drogą naczyń przyjąć musimy jako przypadki zdarzające się nawet wtedy, kiedy ognisko ropne znajduje sie w pewnem oddaleniu ód miejsca zatrzymanego zęba.

Torbiele takie, szczególnie jak są zropiałe, być mogą często źródłem ropienia szczęk i klinicznie trudne do rozpoznania, zwłaszcza kiedy brak im klasycznych objawów (wypuklenie kości, trzask pergaminowy przy badaniu dwoma palcami, chełbotanie i t. p.). Postawienie rozpoznania bez zdjęcia rentgenowskiego jest niekiedy zupełnie niemożliwem. Zdjęcie rentgenowskie zaś samo umożliwia nam tylko rozpoznanie, że mamy do czynienia z torbielą i to w przypadkach, kiedy torbiel ta ma już pewną wielkość, przynajmniej owocu wiśni, a przytem odróżnia się od otoczenia ostrością brzegów i wyraźnemi granicami obrazu. Rozstrzygnięcie zaś czy torbiel jest zropiałą lub nie,

daje nam dopiero albo odpływ ropy przez znajdującą się równocześnie przetokę, gdy zaś tego objawu brak, wtedy dopiero stan przedmiotowy znajdowany podczas zabiegu lekarskiego uzupełnia nam postawienie rozpoznania.

Torbiele tak zawiązkowe jak i korzeniowe będąc wogóle schorzeniem dobrotliwem, ograniczają się wyłącznie tylko do szczęki. Powikłania zaś jakie mogą zachodzić przy wzroście torbieli są objawami przejściowymi, ustępującymi po zabiegu lekarskim. Dlatego też i rokowanie w leczeniu torbieli jest pomyślne i nie powoduje ubytków w ciągłości szczęki. W prawdzie dawne metody leczenia polęgające na wycięciu kawałka szczęki wraz z torbielą musiały w następstwie powodować częściowo okaleczenie chorego. Podobnie i żądania dawniejszych klinicystów, całkowitego wyłuszczenia torbieli drogą operacyjną (szczególnie przy torbielach dużych, zajmujących część jamy szczękowej względnie nosowej), musiały niekiedy prowadzić do przykrych powikłań przez utworzenie połączenia z jamą szczękową lub nosową. Partsch dopiero ustalił przy torbielach dwa sposoby dzisiejszego postępowania, które zależne są od wielkości torbieli. **Sposób pierwszy**. Jeżeli mamy torbiel małą, otoczoną twardą ścianą kostną, której wyłuszczenie w całości nie powoduje jakichkolwiek powikłań, radzi on ją wyłuszczyć, spowodowany ubytek nie setonować ani tamponować, lecz tylko błonę śluzową jamy ustnej zaszyć ponad ubytkiem i leczyć *„per primam"*. **Sposób drugi**. Przy wielkich natomiast torbielach poleca Partsch, po wycięciu przedniej ściany torbieli na możliwie rozległej przestrzeni, połączyć zwisającą ponad zagłębieniem błonę śluzową jamy ustnej z tylną ścianą torbieli przez jej wtamponowanie.

Już w jednej z poprzednich moich prac zwróciłem uwagę na anatomiczną budowę błony śluzowej przedsionka *). Błonę śluzową pokrywającą część przedsionkową wyrostków zębodołowych dzieli Sicher na dwie części — *„gingiva propria"* i *„mucosa vestibuli"*, czyli dziąsło właściwe i błonę śluzową przedsionka **). Podział ten wynika ze stopnia spoistości błony śluzowej z okostną wyrostka zębodołowego. W obrębie dziąsła właściwego, t. j. części dozębowej dziąsła, błona śluzowa jest tak silnie z okostną połączona zbitą tkanką podśluzową, że nie można jej unieść od podłoża, a temsamem oddzielenie jej od okostnej jest bardzo trudne. Im bliżej szczytu przedsionka ja-

---

*) Dr. Włodz. Szafran: Zmodyfikowany sposób resekcji korzenia przy zropiałej przedniej blaszce wyrostka zębodołowego. Przegl. Dent. 1922. № 4, Str. 182.

**) Dr. H. Sicher i Dr. Peter: Anatomie und Technik der Wurzelspitzenresektion. Ö. Ż. f. Stom. 1920. № 6.

my ustnej znajdujemy coraz obficiej wiotką tkankę podśluzową, przez co tkanka śluzowa daje się zupełnie wygodnie ująć w fałdę i dowolnie przesuwać ponad okostną.

Wykonując długi szereg operacyj torbieli ściśle według obu sposobów podanych przez Partsch'a doszedłem do przekonania, że w wielu bardzo przypadkach nie otrzymujemy pomyślnego wyniku. Powodem tego jest zalecane przez Partsch'a prowadzenie cięcia (łukowe, wypukłością zwrócone ku koronom zębów). Przy wykonywaniu więc operacji sposobem Parscha I-szym, zdarza się, że po zaszyciu rany częstokroć szwy przecinają zeszytą błonę śluzową przedsionka, rana otwiera się, przez co musimy goić ją następnie bardzo długo *„per secundam intentionem"*. Robiąc zaś operację w przypadku, w którym zastosować musimy sposób operacyjny Partsch'a II-gi, wtedy znowu brak nam częstokroć odpowiedniej wielkości płata dolnego błony śluzowej, którym moglibyśmy nakryć korzenie zębów luźno sterczących niekiedy do wnętrza jamy torbieli.

W prawdzie w przypadkach takich korzeni zębów luźno sterczących do jamy torbieli możemy przeprowadzić odcięcie ich szczytów, tembardziej wtedy, kiedy dane zęby nie reagują na prąd faradyczny, czyli są nie żywotne. Rozmiary jednak torbieli są niekiedy tego rodzaju, że odcięcie korzeni sterczących do torbieli spowodowałoby tak znaczne osłabienie zębów samych, iż każdy większy nacisk na koronę zęba w kierunku siły poziomym lub poprzecznym, ząb dany łatwo może wyważyć z zębodołu. Nie odcinając zaś szczytów korzeni luźno sterczących i nie mając wystarczająco wielkiego płata dolnego do ich nakrycia, korzenie takie obumierają i tworzą ciało obce w obrębie gojącej się jamy torbieli, albo działając jako ciało obce opóźniają gojenie się rany wogóle.

Chcąc zatem uniknąć tych przykrych powikłań operacji, zmieniłem z czasem sposoby operacyjne Partsch'a — i zmiany te w zastosowaniu praktycznem nigdy mnie nie zawiodły. Zmianą tą jest przesunięcie cięcia w wysokości przedsionka i zmiana cięcia łukowego wypukłością zwróconego ku koronie — na cięcie proste. Robiąc więc w czasie operacji cięcie proste a nie łukowe i przesuwając je bliżej ku szczytowi przedsionka unikamy, w sposobie operacyjnym Partsch'a I. przecinania dziąsła właściwego założonemi szwami, w czasie ruchów wargami przy jedzeniu i mówieniu, a temsamem otwierania się powtórnego rany. Nadto unikamy możliwości odsłaniania się szyjki zęba operowanego przez następowe ściąganie się blizny. Wiotka bowiem tkanka podśluzowa w mucosa vestibuli poddaje się szwom i ściągającej się bliźnie. W sposobie natomiast operacyjnym Partsch'a II. stwarzamy sobie już z góry dolny płat błony śluzowej, który w tamponowany nakryć może zupełnie wy-

godnie sterczące ewentualnie korzenie zębów sąsiednich do światła jamy torbieli.

W prawdzie przez wtamponowanie do wnętrza torbieli płatów błony śluzowej tworzy się zaułek boczny jamy ustnej. Jest on jednak przejściowy, gdyż najczęściej w czasie 4 — 8 tygodni otrzymujemy zupełne wygojenie się ubytku. Przez wtamponowanie błony śluzowej do wnętrza zagłębienia spowodujemy najczęściej już po dwu dniach przyklejenie się jej do tylnej ściany torbieli. Po tym czasie, a więc przy pierwszej zmianie opatrunku usunąć można zupełnie tampon, a dalsze gojenie polega na „otwartem gojeniu rany".

Otwarte gojenie rany, zalecone przez Lartschneider'a i Riha, dało w zastosowaniu do przypadków przeze mnie operowanych zupełnie zadawalniające wyniki. Unika się przez to większych obrzęków policzka i możliwych zaburzeń w przebiegu samego leczenia. Nadmienię przytem, że zasadę otwartego leczenia ran zaleca w czasach ostatnich i chirurg Chiari.

PIŚMIENNICTWO.

Hammer H: Über follikuläre Zahnzysten. Sammlung Meusser. Heft 10. Berlin 1920.

Lartschneider: Beitrag zur Pathogenese der follikulären Zahnzysten. Zweizellige (bilokuläre) Oberkieferzyste, enstanden durch zystische Degeneration der beiden Backenzahnfollikel. Ost U. V. f. Z. 1909

Magitot: Memoires sur les Kystes des machoires. Arch. génér. de medicine. 1872 (cyt. według Witzel'a).

Malassez: Sur le rôle des débris épitheliaux paradentaires. Arch. des physiologie 1885. Vol. 5.

tenże: Über die Existenz epithelialer Massen um die Wurzel der Zähne beim erwachsenen Menschen und im normalen Zustande. Ref. Brunsmann. D. M. f. Z. 1887.

Mayrhoffer: Zweifache heterotope Follikularzyste. W. Klin. Wchschrft. 1913. H. 1.

Partsch: Über Kieferzysten. D. M. f Z. 1909.

tenże: Werden und Wachsen der Zahnwurzelzysten. Ö. Z. f. Stom. 1911.

tenże: Zur Behandlung der Kieferzysten. D. M. f. Z. 1912.

Perthes: Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. Verlg. F. Enke. Stuttgart. 1907.

Rohrer: Die Beziehungen der Zähne zu den echten Geschwülsten der Mundhöhle. Zahnärztl. R. 1919. H. 39.

Schilling: Ein Fall von doppelseitiger Follikularzyste der Mandibula. Inaug. Diss. Kiel 1914. cyt. według Hammer'a.

Williger: Zahnärztliche Chirurgie. Verlg. Klinghardt. Leipzig 1915.

tenże: Zur Aetiologie von Geschwulstbildungen im Munde. D. M. f. Z. 1912.

tenże: Zähne und Trauma. D. Zahnheilkunde in Vorträgen. H. 16. Vergl. Georg Thieme. Leipzig 1911.

Witzel: Über Zahnwurzelzysten, deren Entstehung, Ursache und Behandlung. Leipzig. Verlg. A. Felix 1896.

DR. MED. LEOPOLD BRENNEJSEN.

Wzmocnienie mostu szyną stalową.

Wytrzymałość każdego materjału ma pewne granice, których przekraczać nie można, gdyż nastąpić musi uszkodzenie.

Materjały używane do wyrobów dentystycznych, w szczególności zaś złoto, zbytnią wytrzymałością się nie odznaczają. Przytoczę dla przykładu rezultaty badań Matthiesena. Notował on ciężary, pod których działaniem pękały druty jednakowej grubości, wykonane z różnych metali.

Drut złoty	pękał przy	obciążeniu		4—5 K.	
„ miedziany	„	„	„	5—6 K.	
„ srebrny	„	„	„	9—10 K.	
„ platynowy	„	„	„	9—10 K.	
„ żelazny	„	„	„	16—18 K.	
„ ze stopu złota z miedzią	„	„	„	14 K.	(wzięto stopy najwytrzymalsze).
„ ze stopu srebra z platyną	„	„	„	15—16 K.	
„ stalowy (stop. żelaza z węglem)	„	„	„	40 K.	

W takim mniej więcej stosunku jest wytrzymałość tych metali na rozrywanie, przyczem trzeba zaznaczyć, że kucie i walcowanie ją wybitnie powiększa, natomiast przepalanie zmniejsza.

Drut złoty	przeciągany	pękał	przy	obciążeniu	27 K.
„ takiż	po upaleniu	„	„	„	10 K.
„ srebrny	przeciągany	„	„	„	29 K.
„ takiż	po upaleniu	„	„	„	16 K.
„ platynowy	przeciągany	„	„	„	37 K.
„ takiż	po upaleniu	„	„	„	23 K.

Zaznaczyć wypadnie, że zarówno wyciągany drut, jak i usztywniona walcowaniem lub kuciem blacha podczas lutowania upala się i nabytą uprzednio wytrzymałość częściową zatraca. Chcąc więc uniknąć niemiłych niespodzianek, polegających na pękaniu lub też zginaniu się dostawek musimy dążyć do tego, aby obciążenie nie przekraczało wytrzymałości. Niestety obciążenia, które w naszych warunkach wyraża się uciskiem podczas żucia, zmniejszyć nie można z wyjątkiem tych przypadków, w których ciśnienie można przenieść bezpośrednio na dziąsło (dostawki ruchome) lub też rozłożyć na większą ilość punktów oparcia, włączając w most więcej zębów lub korzeni. Wybitną tu oczywiście rolę odgrywa sposób połączenia przęsła z koronami, o czem pisałem w № 6 „Przegl. Dent." z roku

1921. Niekiedy jednak ciśnienie bywa tak wielkie, że wytrzymałość złota 18-k w bryle, jaką zastosować możemy, nie wystarcza.

Przed blisko dwoma laty miałem podobny przypadek, a ponieważ próba czasu potwierdziła wytrzymałość budowy, przypuszczam, że nie od rzeczy będzie słów parę mu poświęcić.

Chodziło o przebudowę dużego mostu szczęki górnej opartego na 7—2 (pień)—1 | 1—7, który stale pękał pomiędzy siekaczami. Nie pomagały żadne wzmocnienia, jak np. nakładanie od strony podniebienia kawałków grubej blachy 18—k: zawsze się gdzieś słabsze miejsce znalazło i następowało pęknięcie korony. Postanowiłem użyć materjału wytrzymalszego mianowicie stali. Zastosowałem drut stalowy o przekroju 1,5 mm, który na gorąco wygiąłem w ten sposób, że z przodu przylegał do językowej powierzchni szyjek obu siekaczy, następnie po obu stronach wchodził w przęsła i w ich wnętrzu przebiegał do tylnych punktów oparcia. Część drutu, przylegającą do siekaczy, spłaszczyłem na gorąco w kierunku, odpowiadającym pochyleniu językowej powierzchni siekaczy, by jak najmniej w głąb jamy ustnej wystawała, końce zaś haczykowato zagiąłem, by drut w przęsłach zawarty, nie mógł się w nich przesuwać, co mogłoby ułatwiać wydłużanie się mostu i sprzyjać pękaniu.

Należało pomyśleć o sposobie umocowania szyny do koron przednich. Z różnych, nasuwających się na myśl sposobów, wybrałem następujący. Środkową część szyny, nie wchodzącą do wnętrza odlewów, owinąłem paskiem złotej 22-k cienkiej (0,15) blachy szerokości 1,5 mm i oblałem wysokokaratowym lutem. Przy czynności tej zwracałem uwagę na to, by nawijany pasek wszędzie ściśle do szyny przylegał. W tym celu po nałożeniu dwóch początkowych zwojów blachy owinąłem je upalonym drutem żelaznym i końce jego mocno skręciłem, unieruchamiając w ten sposób pasek złoty. Przy dalszem nawijaniu paska starałem się go cążkami dobrze naciągać i tak układać, aby brzeg jego zawsze ściśle przylegał do brzegu zwoju poprzedniego. Długość paska złotego mniej więcej czterokrotnie przewyższała wymiar owijanego odcinka szyny. Po nawinięciu koniec paska przymocowałem drutem w ten sam sposób, jak to uczyniłem z jego początkiem. Ponieważ w paru miejscach spostrzegłem pomiędzy stykającemi się brzegami paska szpary, brzegi złotej blachy w tych miejscach przekułem młoteczkiem do plomb złotych, przez co nastąpiło zetknięcie zupełne, umożliwiające dokładne oblutowanie. Tą pokrywę złotą sporządziłem na takiej przestrzeni, że przy następnem modelowaniu przęseł z wosku, końce jej do wnętrza woskowych modeli wchodziły. Kolejność wykonania była więc następująca. Na ustawionym

w zgryzadle modelu szczęki górnej opatrzonym wszystkiemi koronami, dopasowałem wygiętą i spłaszczoną w odpowiedniem miejscu szynę, następnie środkową jej część okręciłem paskiem blachy złotej i oblałem lutem; tak przygotowaną szynę ułożyłem na odpowiedniem miejscu na modelu i zmodelowałem z wosku dookoła jej części bocznych przęsła. Po dokonaniu odlewu szyna stalowa w żadnem miejscu dla wzroku dostępną nie była. Połączone w ten sposób z szyną przęsła ułożyłem na modelu, unieruchomiłem drutem i wiadomym sposobem przylutowałem. Przypuszczam, że pewne uproszczenie wykonania możnaby było otrzymać, zastępując owijanie szyny galwanicznem pozłoceniem i następnie pogrubiając tę cienką warstwę złota przez rozlanie na jej powierzchni wysokokaratowego lutu.

DR. MED. A. GRUSZCZYŃSKI.

W sprawach publicznych — jawność przedewszystkiem.

(Pomoc dentystyczna w szkołach państw., Kasy Chorych, Państw, Inst. Dent.).

Niewola wycisnęła na nas piętno swoiste: spaczyła charakter, zdeprawowała duszę narodu. Nawet w wolnej ojczyźnie nie możemy wyzbyć się tych wad, w jakie zakuła nas przemoc, nie możemy pozbyć się nawyknień, w których wzrośliśmy podczas niewoli. Nawet w sprawach, które stanowią własność publiczną, nie lubimy jawności, nie lubimy podawać do wiadomości publicznej szczegółów z życia tych instytucji, które są własnością publiczną, i ogół, a szczególnie specjalistów interesować mogą.

Przed kilku laty, naprzykład, wprowadzono pomoc dentystyczną w szkołach państwowych, a sprawodzanie za pierwszy rok jej istnienia podano do wiadomości publicznej. Prawda, że działalność szkolnych gabinetów dentystycznych w sprawozdaniu tem zarysowała się w niezbyt dodatnich kolorach, wywołując ostrą krytykę, jednakże pocieszaliśmy się nadzieją, że lata następne będą pomyślniejsze. Niestety, nie doczekaliśmy się drugiego sprawozdania. Czyżby Wydział Hygieny Szkolnej czuł się dotkiętym krytyką, jaka spotkała dentystów szkolnych, i dla tego nie podał do wiadomości publicznej ani jednego sprawozdania z lat następnych? Opinja publiczna została więc pod niekorzystnem wrażeniem krytyki działalności dentystów szkolnych w pierwszym roku istnienia pomocy dentystycznej w szkołach państwowych, aczkolwiek jesteśmy pewni, że tam wiele zmieniło się na lepsze.

Drugim przykładem są Kasy Chorych, gdzie pomoc dentystyczna istnieje także od lat kilku, ale ani jedno sprawozda-

nie nie ujrzało światła dziennego. Takie nieujawnianie życia instytucji szkodzi przedewszystkiem tejże instytucji. Publiczne sprawozdanie rozwiałoby może wiele pogłosek o tem, że jednakże z pomocą dentystyczną w Kasach Chorych nie wszystko dzieje się tak, jakby być powinno.

Najwymowniejszym jednakże przykładem jest Państwowy Instytut Dentystyczny. Każde społeczeństwo interesuje się swojemi uczelniami. Państwowy Instytut Dentystyczny, jako jedyna uczelnia specjalna, nie może nie interesować zawodowców, którzy w dobrem, lub złem funkcjonowaniu Instytutu widzą właściwe lub niewłaściwe kształcenie przyszłych pokoleń, a co za tem idzie rozkwit, lub upadek dentystyki.

Nic też dziwnego, że pragnęliby być informowanymi o żywotności tej instytucji przez umieszczanie sprawozdań w prasie specjalnej. Jednakże Instytut istnieje już piąty rok, a ani jednego sprawozdania dotychczas nie widzieliśmy. Takie stanowisko dyrekcji możliwe byłoby podczas naszej niewoli, kiedy każdy urzędnik uważał siebie za wybranego przez los do uszczęśliwiania narodu wbrew jego woli i wiedzy. Teraz jednakże społeczeństwo chce i powinno wiedzieć, jak się wywiązują ze swego zadania ci, od których zależy prowadzenie instytucji, powierzanych ich pieczy. A wiadomości te powinny być dostarczane za pomocą podawania w specjalnej prasie sprawozdań. Tą tylko drogą ogół zainteresowany może wyrobić sobie należyte zdanie o tem, czy instytucja dana funkcjonuje dobrze, czy też źle, może urabiać się należyta opinja, może powstać tak pożądana krytyka. A krytyka jest tembardziej niezbędna w naszych warunkach — w młodem państwie, które na każdym kroku musi kształtować formy swego bytowania. Nie mając tradycji pod wieloma względami, musimy stwarzać niektóre instytucje nowe, lub przekształcać stare. Do takich właśnie należy Państwowy Instytut Dentystyczny, powstały na gruzach byłych szkół dentystycznych. Rozwój należyty tych młodych instytucji, możliwy jest tylko przy współdziałaniu społeczeństwa, a współdziałanie takie powstanie wtedy, jeżeli społeczeństwo, a właściwie sfery zainteresowane, będą w odpowiedni sposób zawiadamiane o działalności tych instytucji.

Państwowy Instytut Dentystyczny powinien był wejść na tą drogę także i dlatego, że, jako instytucja młoda, posiadał młode, nie uwieńczone tradycją kierownictwo, co często musiało wywierać wpływ ujemny na działalność Instytutu, jak to wykazywaliśmy niejednokrotnie na łamach naszego pisma. Kierownictwo takie powinno było dążyć do opierania się na opinji, specjalistów, co mogłoby nastąpić przy podawaniu do wiadomości publicznej sprawozdań z działalności Instytutu w celu wywołania odpowiedniej dyskusji i krytyki—tej dźwigni każdego

postępu. Arbitralne zaś kierowanie uczelnią w myśl zasady „sic volo, sic jubeo" bez udzielania społeczeństwu wiadomości o działalności Instytutu doprowadziło do tych ujemnych rezultatów, o których niejednokrotnie wspominaliśmy w artykułach „Przeglądu Dentystycznego" (patrz r.1923 Nr. II, r. 1924 NN. I, III,IV).

Niestety, musimy stwierdzić tę odwieczną zasadę, że genjusze często się nie rodzą. Zresztą i Napoleon byłby uniknął wielu błędów, gdyby więcej uwagi zwracał na rady swego otoczenia. Były dyrektor i wicedyrektor Instytutu ułożyli plan reformy studjów dentystycznych w Rzeczypospolitej Polskiej i przesłali go Minister. W. R. i O. P. w nadziei, że reforma przez nich podana, rychło będzie wprowadzona w życie. I mielibyśmy pewnie jeszcze jedną nieudolną odmianę naszych eksperymentalnych poczynań państwowych, gdyby nie głosy krytyki: „Plan reformy studjów dentystycznych" został należycie zdyskwalifikowany przez specjalistów tej miary, jak prof. Wilga i prof. Zwierzchowski. Gdyby jednak autorzy „Planu reformy studjów dentystycznych w Rzeczypospolitej polskiej" zasięgnęli uprzednio zdania osób miarodajnych przez wcześniejsze podanie do wiadomości publicznej swoich zamierzeń i wywołanie odpowiedniej dyskusji, zaoszczędziliby czasu i sobie i urzędnikom Minister. W. R. i O. P., którzy jednakże musieli zapoznać się z ich projektem.

Mamy nadzieję, że nowy Dyrektor Instytutu zejdzie z drogi, obranej przez jego poprzedników, co z pewnością wyjdzie tylko na korzyść tak potrzebnej uczelni.

Dział streszczeń.

Dr. V. Lederer. Wycięcie miazgi koronowej. (Amputace pulpy). Zubní lékařství 1924 L. 5.

Wycięcie miazgi koronowej, opisane już przed 50-ciu laty, nie znalazło tak szerokiego zastosowania, jak na to zasługuje. Metoda ta polega na dewitalizacji miazgi, usunięciu jej z komory koronowej, otwarciu wejścia do kanałów korzeniowych, wypełnieniu komory masą antyseptyczną i plombowaniu ubytku. Wycięcie miazgi, jak i każda metoda, może dać dobre rezultaty tylko wtedy, jeżeli jest przeprowadzone lege artis. Miazga musi być dewitalizowana dokładnie, gdyż inaczej resztki jej mogą wywołać następcze bóle. Pozatem dobrze dewitalizowana miazga nie krwawi po wycięciu. Arszenik należy włożyć jak najbliżej komory miazgowej; dobrze jest uprzednio założyć na 24 godziny chlorphenol. Wkładkę arszenikową, o ile niema

przeciwskazań, lepiej pozostawić w zębie 48 godzin. Po zabiciu miazgi oczyszczamy ubytek z mas rozpadowych dopóki nie zobaczymy, że miazga jest przykryta tylko cienką warstwą zębiny; potem zalewamy dno ubytku trikresolformaliną, o ile mamy do czynienia z zębem dolnym, lub wkładamy wacik z trikresolformaliną do górnego. Po takiem przemyciu sterylizowanym świdrem mniej więcej wielkości komory miazgowej wywiercamy miazgę, pozostawiając tylko jej wypustki w kanałach korzeniowych; przepłukujemy jamę 3% H_2 O_2 i na czas przygotowywania ciasta antyseptycznego zalewamy znowu trikresolformaliną. Po 5 minutach wypełniamy komorę miazgi ciastem, które nie powinno być zbyt rzadkiem, żeby nie wyciskało się przy plombowaniu; uciskamy ciasto sterylizowanym wacikiem, i nakoniec wypełniamy ubytek jakimkolwiek materjałem.

Skład ciast, używanych do pokrywania miazgi, bywa bardzo rozmaity. Dobre ciasto powinno utrzymywać resztki pokrytej miazgi w stanie jałowym, nie drażnić i nie zabarwiać zęba. Preiswerk używał boraksu z eugenolem, Boenecken: rp. cocain. muriatic. thymol aa 1,0 misce exactissime terendo, adde formalini 40% — 1,0 Vaselini alb. americ. 3,0, Zinci oxydati 7,0. M. f. pasta. Walkhoff: Jodof. 10,0 Zinci oxyd. 5, 0, Thymol. sol. camphoro-chlorphen. q. s. ut fiat pasta. Zdaniem Walkhoff'a chlorphenol posiada wysoką zdolność bakterjobójczą i przenikliwość. Pozatem silnie znieczula. Trikresolformalina nie jest stałym antyseptykiem, thymol nie przenika tkanek, tę ostatnią właściwość w najwyższym stopniu posiada paraformaldehyd (badania Gysi'ego i Lutz'a).

Bodźcem do stosowania metody amputacyjnej były rezultaty badań nad kształtem kanałów korzeniowych. Okazuje się, że wiele z nich ma przebieg krzywy i liczne rozgałęzienia. Wobec tego należyte oczyszczenie ich z resztek miazgi i następnie wypełnienie staje się bardzo wątpliwem. Dependorf sądzi nawet, że każde wyjęcie (extirpatio) miazgi jest w gruncie rzeczy nieuświadomionem, źle wykonanem wycięciem. Miazga dewitalizowana lub obumarła, działa jako ciało obce, jednak nie w takich warunkach, jak w innych tkankach, ponieważ leży w jamie, której ściany stanowią tkanki twarde, a z żywą tkanką styka się tylko w okolicy korzenia. Tam też powstaje nekrobiotyczna zona. O ile miazga nie podlegnie zakażeniu, to służy najczęściej jako bodziec do rozwoju tkanki łącznej w okolicach korzenia, tak, że po jakimś czasie możemy znaleźć otwór korzeniowy całkiem zamknięty, a nawet zwapniały.

Wobec tego należy przypuszczać, że wypełnienie kanału antyseptykiem przeszkadza do zwykłego wytworzenia tkanki

łącznej w okolicach korzenia. Według badań Meyera 99% korzeni, w których zastosowano całkowite usunięcie miazgi, wykazuje na rentgenogramie periodontitis. Przyczyną tego najczęściej jest to, że przy wypełnianiu korzenia czy to masą hermetycznie zamykającą, np. cementem, czy też antyseptykiem, przepychamy część materjału przez wierzchołek, lub też antyseptyk sam przenika. Tego niebezpieczeństwa przy metodzie amputacyjnej niema i to jest jeden ze względów najwięcej przemawiających za tą metodą. Krwawienie o ile powstanie przy usuwaniu miazgi, łatwiej daje się opanować przy wycięciu, aniżeli po wyjęciu z korzeni, ponieważ miejsce krwawienia jest znacznie dostępniejsze. Chcąc przerwać krwawienie z miazgi korzeniowej, należy nieraz przedostawać się igłą głębiej w kanał, co połączone jest z niebezpieczeństwem zakażenia ze wszystkiemi jego następstwami. Wskazania do wycięcia miazgi koronowej są następujące: zęby mądrości, mleczne lub świeżo wykłute, mało dostępne korzenie. Przeciwnie, całkowite wyjęcie wskazane przy zapaleniu miazgi ropnem lub zgorzelinowem, w zębach przednich i takich, które chcemy użyć do zębów ćwieczkowych.

Wyliczone zalety wycięcia miazgi skłaniają autora do wniosku, że metoda amputacyjna jest bardzo cenną, choć bynajmniej nieidealną, gdyż braku żywej miazgi nic nie jest w stanie zastąpić.

Str. *F. Meyer.*

M. Schiat. — Amputacja miazgi koronowej dużych trzonowców. (Amputation coronaire des grosses molaires). L'Odontologie № 7, 1924.

Powikłania zakażenia, jakie często spotykamy w zębach dewitalizowanych, których miazgi były nieraz usuwane w stanie niemal zdrowym, a także i trudności napotykane przy exstirpacji miazgi korzeniowej z kanałów, często trudno dostępnych, wciąż nasuwają na myśl metodę amputacji.

Doświadczenia Mendel Joseph'a wykazują, że odcinek miazgi koronowej, może być bardzo zainfekowanym, podczas gdy odcinek miazgi przywierzchołkowej bywa mało, lub wcale nie zainfekowanym, pozostaje zatem warstwa środkowa, oczywiście także zainfekowana, jednak o wiele mniej od chorej części koronowej.

Powyższe każe przypuszczać, że po należytem, bardzo starannem wyjałowieniu komory zęba, można stosować z powodzeniem metodę amputacji. Doświadczenie na tem polu prowadzi wielu lekarzy, między innemi: Quintui z Brukselli, Dubois oraz Roy z Paryża, a także wielu zwolenników ich prac i teorji.

W dyskusji nad powyższą pracą, autor dodaje, że w literaturze Europy Centralnej, znajdujemy podanych więcej niż miljon wypadków amputacji z doskonałymi wynikami. Boenecken zrobił sam przeszło 100,000 amputacji. Dr. Roy stosuje tą metodę od lat 30. Rezultaty kliniczne pracy jego są doskonałe. Rentgenofotografje zębów tych, pod obserwacją pozostających, są zupełnie zadawalające.

Dr. Roy widział ząb przez siebie leczony tą metodą przed laty 30; do chwili obecnej ząb jest jaknajzdrowszym. Znakomite wyniki, przy najmniejszym wysiłku pracy.

Zarzuty, że zęby metodą amputacji leczone, mogą być wrażliwe na zimno i ciepło oraz mogą uledz zapaleniu ozębnej, wskutek działania lekarstw, czy bakterji, pochodzą wskutek wadliwości rozpoznania lub techniki. Warunki starannej pracy, jakie w dyskusji autor nam podaje, są następujące: wielka czystość przy usuwaniu miazgi oraz kompletne usunięcie jej nawet najdrobniejszych cząsteczek z komory zęba oraz nie uciskanie pastą, czy wacikiem włożonym do komory, niteczek pozostających w kanałach miazgi korzeniowej.

Jako pastę używają niektórzy pastę formalinową, zaś środek do wyjałowienia komory wskazują wacik nie zadużo przesiąkniętą formaliną.

Formalina przenika miazgę w ciągu 10 min. do 12 godzin. Dr. Roy i inni używają jako pastę do pokrycia kanałów i wylotów połączenie tlenku cynku z arystolem i eugeenolem. Dr. Roy w dyskusji zaznaczył, że w zębach jednokorzeniowych metody amputacyjnej nie stosuje, ponieważ przeniesienie się zakażenia z miazgi komorowej do korzenia jest łatwiejsze. Trudno nieraz zauważyć gdzie zaczyna się miazga korzeniowa, a kończy koronowa. Najlepiej stosuje się tę metodę w dużych trzonowcach, gdzie o dostęp i wyjałowienie najłatwiej, przyczem oczywiście w zębach dotkniętych choćby częściową zgorzelą metoda amputacyjna nie da się zastosować.

Jedynie miazga koronowa daje bóle zęba, zaś korzeniowa nie, przyczem pozostaje wrażliwa nieraz i po 3 dniowem działaniu arszeniku.

Pasta arszenikowa działając, przerywa momentalnie krążenie krwi w miazdze koronowej.

Od tej chwili lekarstwo nie przenosi się dalej do miazgi korzeniowej. Dr. Roy twierdzi, że otwierał, po 3—4 latach, umyślnie zęby i przekonał się, że niteczki miazgi korzeniowej żyły i były wrażliwe.

Autor referatu w dyskusji opowiedział fakt następujący:

Razu pewnego stosował arszenik do zęba mądrości przez 21 dni. Ząb w końcu był niesłychanie bolesnym przy dotyku.

Zastosował jednak metodę amputacji, założył formaliną — po 8 dniach ząb niewrażliwy, bóle przeszły.

Po 7 latach autor z całem zadowoleniem widział ten ząb, który przez cały powyższy czas był najzupełniej zdrowym.

Str. *Stanisława Zaleska Biejatowa.*

A. Klejn. Przyczynek do leczenia przedziurawień (perforacyj) korzeniowych. (Zur Behandlung der Wurzelperforation. Zeit. f. Stom. V — 1924).

Leczenie przedziurawień korzeniowych należy do zabiegów bardzo niewdzięcznych, w pewnych jednak razach daje wyniki dobre. Niezbyt obfita literatura składa się z prac Greve'go, Morgensterna, Hoffmanna, Willigera, Zilza i inn. Greve do tej kategorji spraw chorobowych zalicza tak uszkodzenia ścian przewodu korzeniowego, jak i dna komory (u wielokorzeniowców), a nawet przejście po za otwór wierzchołkowy. Uszkodzenia te mogą powstawać zarówno wskutek nieodpowiedniego świdrowania, jako też i z powodu próchnicy. By uniknąć następstw nieumiejętnego obchodzenia się ze świdrami kanałowemi (zwłaszcza u początkujących), autor radzi rozszerzać przewody korzeniowe ręcznie za pomocą dryla lub chemicznie, antiforminą i kw. siarkowym.

Pod względem umiejscowienia rozróżniamy perforacje wierzchołkowe, ścienne i międzykorzeniowe.

Świeża perforacja charakteryzuje się niezbyt silnym bólem, co ją odróżnia od spraw chorobowych miazgi; jednocześnie powstaje krwotok, niekiedy nawet znaczny.

Miejsce uszkodzenia może być widoczne lub tylko wyczuwalne. Dla ustalenia rozpoznania bardzo pomocnem jest zdjęcie Roentgena.

Dalszy przebieg sprawy chorobowej bywa rozmaity. Może się wytworzyć ziarnina, która wychodzi niekiedy z przewodu na zewnątrz (Greve), pozatem rana może ulec zakażeniu i wytworzyć się ropień.

Sprawę należy odróżnić od przewlekłego zapalenia miazgi i zapalenia ozębnej. Brak ostrych bóli pozwala podejrzewać obecność perforacji.

Leczenie musi być ściśle zastosowane do danego przypadku; leczenie zachowawcze nie zawsze daje dobre wyniki. W większości przypadków chodzi również o leczenie samego korzenia. Chodzi o to przedewszystkiem, by niewłaściwy otwór zamknąć — tem samem zapobiec wtórnemu zakażeniu.

Przedewszystkiem przystępując do leczenia, trzeba stwierdzić, czy uszkodzenie jest widoczne dla oka i czy ono jest świeże lub zadawnione. W przypadkach świeżych oczywiście ro-

kowanie bywa pomyślniejsze. Dla powstrzymania *krwotoku* Greve zaleca przepłukanie gorącą wodą lub wodą utlenioną; następnie stosuje kokainę z adrenaliną.

Weiser poleca do dalszego leczenia perforacyj, zwłaszcza dostępnych dla oka, zakładanie sączków z waty, nasyconych kreozotem, wyciśniętych i następnie zmaczanych w mocnym rozczynie lapisu. Po tygodniu powtarza opatrunek z lapisu i znów zamyka szczelnie na tydzień. W wielu przypadkach po tym czasie można już zacząć leczenie przewodu.

Jeśli *ziarnina* wybujała do przewodu, wyskrobuje się ją lub niszczy przez ugniatanie gazą jodoformową.

Samą ranę Weiser traktuje stężonym rozczynem lapisu, Greve zaś jodyną.

Niektóre uszkodzenia *przyszyjkowe* (widoczne) można plombować ze strony przewodu.

Greve zaleca pokrycie ścian kanału lakierem, co pozwala na operowanie dość długo w miejscu suchem. W tym celu pędzluje przewód rozczynem mastyksu i jodoformu w eterze.

Materjałami najbardziej nadającemi się do zamknięcia otworu są folje metalowe (złota, platynowa, cynowa), które się przytwierdza do wewnętrznej ściany przewodu.

Openheim opisuje przypadek, gdzie miejsce uszkodzenia założył folją platynową, pokrytą chloroperką i jodoformem.

Dużo trudności nastręcza uszkodzenie *korzenia w środkowej części*. Sprawy takie leczy się skombinowanym sposobem zachowawczo-chirurgicznym. Operacyjnie dochodzi się do uszkodzenia (oczywiście należy uprzednio stwierdzić, czy dojście jest możliwe, t. j. czy mamy do czynienia z przedziurawieniem powierzchni wargowej lub policzkowej korzenia), zamyka je i dalej stosuje się leczenie przez przewód. Zabieg operacyjny polega na tem, że przecina się błonę śluzową, odsuwa ją tępem narzędziem i dłutuje obnażoną kość. Po zaplombowaniu otworu, nasuwa się śluzówkę i zaszywa.

Przy przedziurawieniu korzenia *przy samym wierzchołku* stosuje się rezekcję wierzchołka korzeniowego. Nieraz nawet, czy to wskutek niemożliwego dostępu, czy też zapalenia ozębnej trzeba ząb usunąć lub replantować.

Autor podaje ciekawy przypadek: pacjentka zgłosiła się z zapaleniem ozębnej |1 plombowanego cementem krzemowym, ząb trepanowano, ulgi to jednak nie przyniosło; wytworzył się obrzęk w okolicy wierzchołkowej korzenia |1, otwarto go: wydobyła się ropa. Sprawiło to pewną ulgę. Po 24 godz. pacjentka zgłosiła się do autora z bólem, obrzękiem wargi i policzka i gorączką 38°. W okolicy |1 wytworzył się guz chełboczący, w jego środku widoczny był ślad po cięciu. Ząb przytem był silnie rozchwiany. Po przecięciu wyszła znów ropa i nastąpiło pole-

pszenie. Po 2 tygodniach autor mógł już dokładnie zbadać ząb. Okazało się, że w części przyszyjkowej jest uszkodzenie, krwawiące za lada dotknięciem. W przestrzeni między zębem a dziąsłem dawała się łatwo wyciskać wydzielina krwawa. Wychodząc z założenia, że całkowite wyleczenie nastąpić może jedynie tylko po zamknięciu drogi dla wtórnego zakażenia — autor zaczął leczenie od zabiegu chirurgicznego. Przeciął śluzówkę w miejscu zdrowem, formując jakgdyby skrzydło drzwi. Obnażył kość, wydłutował ją i dotarł w ten sposób do miejsca uszkodzenia. Do przewodu wprowadził drut, by uniknąć przy plombowaniu niepotrzebnego zanieczyszczenia kanału. Następnie zapełnił uszkodzenie szybkoschnącym cementem, wstrzykując go do otworu przez żelatynową rurkę; po stwardnieniu cementu plombę oszlifował i ranę zaszył. Zagoiło się przez rychłozrost (per primam). Autor nie stosuje cięcia po linji prostej, gdyż w takim razie powstaje przetoka. Leczenie przez przewód polegało na zakładaniu sączków z kreozotem.

W kilka tygodni autor wykonał rezekcję dla usunięcia przywierzchołkowego ziarniniaka. Zabiegów tych nie stosował jednocześnie z obawy, by nie nastąpiła martwica płata śluzówki. Po roku przeszło ząb siedzi mocno, koloru nie zmienił i niczem znać o sobie nie daje.

Str. *Zofja Brennejsenówna.*

Dr. Witold Lipiński. Sporotrychoza błon śluzowych, spowodowana przez nowy gatunek Sporotrichum. (Sporotrichum Cracoviense N. Sp.). Medycyna Doświadczalna i Społeczna. Zeszyt 34 r. 1924.

Przed kilkunastu laty w Ameryce i Francji wyodrębniono nową jednostkę chorobową, nadzwyczaj różnorodną, ciekawą i doniosłą — sporotrychozę czyli grzybicę zarodnikującą. Jest to choroba zakaźna, wywołana przez grzybek sporotrichum. Grzybek ten jest bardzo rozpowszechniony, posiada zarodniki. Sacardo wylicza zgórą sto jego odmian, lecz nie wszystkie są chorobotwórcze. Wyosobniono z materjału ludzkiego i zwierzęcego dopiero kilka. Odkrycie tej choroby było bardzo ważnem, gdyż objawy jej są łudząco podobne do gruźlicy lub kiły, oczywiście też i leczenie nie mogło być skutecznem. Po zastosowaniu zaś swoistego leku, mianowicie jodku potasu, chorzy w ciągu krótkiego czasu wracali do zdrowia.

Sporotrichum atakuje prawie wszystkie tkanki. Według Gougerota obraz kliniczny sporotrychozy przedstawia się następująco: 1) obecność rozlicznych owrzodzeń przy dobrym stanie ogólnym, 2) wrzody występują początkowo, jako twarde nie-

bolesne guzki, z powolnem rozmiękaniem i częściowym rozpadem, 3) owrzodzenia początkowo drobne, rozszerzają się, brzegi posiadają zazębione, podminowane, tworzące mostki, pod któremi kryje się ropa barwy cytrynowo-żółtej, 4) łatwo powstaje nowe zakażenie ropą, 5) po zasklepieniu się ropnia otwartego z częściowem pozostawieniem ropy pod skórą powstają blizny.

Rozpoznanie na mocy obrazu klinicznego, jak i za pomocą mikroskopu jest bardzo trudne. Niezawodnym sposobem jest badanie bakterjologiczne hodowli na agarze z cukrem gronowym.

Z podanych przez autora przypadków, gdzie sporotrichum atakuje rozmaite tkanki, nie wyłączając kości, nas szczególnie obchodzi przypadek następujący. Autor rozpoznał sporotrychozę u dziewczynki dziesięcioletniej, dobrze rozwiniętej i zdrowej. Zaobserwowano rozległe zmiany na języku, podniebieniu twardem i miękkiem oraz na migdałkach. Klinicznie zmiany te przedstawiały się jako drobne guzki barwy szarawo białej, wielkości łepka od szpilki, spoistości twardej, rozsiane zaś były po całej jamie ustnej, zwłaszcza na języku. Guzki te z trudnością dały się usuwać drucikiem platynowym, nie wywołując u chorej bólu. Oprócz guzków autor zauważył na migdałkach i podniebieniu twardem, owrzodzenia płaskie, płytkie, kształtu owalnego, o nieregularnych brzegach, powstałe najprawdopodobniej wskutek rozmiękania guzków pierwotnych. Gruczoły chłonne podszczękowe i na szyi nie były powiększone, ciepłota normalna. Ponieważ obraz kliniczny nie odpowiadał żadnej znanej chorobie jamy ustnej, należało wykluczyć postacie atypowe gruźlicy, kiły, błonicy i promienicy. Badania mikroskopowe i bakterjologiczne usunęły podejrzenia. Pleśniawki też nie wchodziły w rachubę. Treść guzków zdrapana drucikiem platynowym i wysiana na pożywki dała hodowlę sporotrichi.

Własności morfologiczne i biologiczne „Sporotrichi cracoviensis":

1) Rośnie na wszystkich pożywkach bez wyjątku już po 24 g. w t° pokojowej, gdy opisane dotychczas sporotricha rozwijały się po 4 — 5 dniach i później na pożywkach wyłącznie cukrowych.

2) W przeciwieństwie do znanych form sporotrichorum, które są bezwzględnie tlenowcami, „Sporotrichum Cracoviense" żyje zarówno w warunkach tlenowych, jak i beztlenowych.

3) Kolonje, kształtu owalnego, po 48 godzinnym wzroście w ciepłocie pokojowej, przybierają w środku matową srebrzysto-białą barwę i otaczają się delikatną obwódką. Nigdy nie wytwarzają barwika, co stanowi zasadniczą różnicę w porównaniu z gatunkami znanemi.

4) Sporotrichum opisane przez autora rozpuszcza szybko i obficie żelatynę zwykłą i cukrową, ścina mleko po 6 tygodniach, wytwarzając grube, śluzakowate skrzepy.

5) Sporotrichum Cracoviense okazało się chorobotwórczem dla szczurów białych, wywołując na piętnasty dzień po zakażeniu dootrzewnem, obustronne zapalenie jądra, bardzo wybitne, a w następstwie zakażenie ogólne i śmierć

W preparatach mikroskopowych skrawków jądra, wątroby, nerki i śledziony, autor znalazł znaczną ilość sporotrichorum, tak w komórkach, jak i poza niemi.

Str. *Janusz Szajewski.*

Dr. M. Roy. Znieczulenie po przez skórę przy zabiegach w jamie ustnej. (L'anesthésie transcutanée dans les opérations de stomatologie — L'odontologie № 5. r. 1924).

Znieczulenie miejscowe, stosowane przy wyjmowaniu zębów, uzyskało w dentystyce prawo obywatelstwa i sposób wykonania jego podany w 1920 r. przez d-ra M. Roy daje wyniki doskonałe. W przypadkach, gdy zabiegi stosuje się poza zębodołem, znieczulenie miejscowe nie zawsze wystarcza. Znieczulenie zaś przewodowe przedstawia niekiedy znaczne trudności zwłaszcza w szczęce górnej, a to ze względu na układ splotów nerwowych. Powszechnie uznano, że dla zabiegów w jamie ustnej znieczulenie miejscowe przedstawia większą wartość niż ogólne. Istotnie więc aczkolwiek nie można tu wykluczyć wymiotów, shocku, jednak zabieg wykonywa się w pozycji siedzącej, w dobrem świetle, przyczem można łatwo przesuwać głowę chorego stosownie do potrzeby i nie zwracać uwagi na oddech. Dzięki długiej praktyce opracował autor metody znieczulenia zupełnego szczęki górnej i żuchwy drogą nacieczenia—znieczulenie to otrzymuje drogą zewnętrzną po przez skórę. Autor zwraca uwagę, że znieczulenie kostne otrzymuje się albo przez znieczulenie pnia nerwowego, albo przez wprowadzenie płynu znieczulającego bezpośrednio pod okostnę — właśnie ten ostatni sposób stosuje autor przy znieczuleniu po przez skórę Nacieczenie kostne otrzymuje się łatwo w tej części zębodołu gdzie wykonywa się zastrzyk. Zastrzyk ten przeprowadza się do błony śluzowej i włóknistej, którą składają włókna błony śluzowej, okostnej, i ozębnej, a więc tem samem zastrzyk robi się do okostnej zębodołu. O ile chodzi o znieczulenie okolic ponad zębodołem leżących, to należy przesunąć płyn znieczulający do odpowiedniego poziomu i posuwać go bezpośrednio po okostnej. Dla kości dostępnych od strony jamy ustnej otrzymuje się znieczulenie, przeprowadzając igłę strzykawki przez utkanie komórkowe błony podśluzowej aż do okostnej, dla kości zaś niedostępnych ze strony jamy ustnej należy igłą przejść

skórę i tkankę podskórną i dojść do okostnej, gdzie robi się zastrzyk. W ten sposób otrzymuje się szereg zastrzyków przez błonę śluzową i skórę, aż wreszcie cała powierzchnia szczęki zarówno dostępnej ze strony jamy ustnej, jak i ze strony zewnętrznej, jest znieczulona.

Znieczulenie szczęki górnej. — Po dezynfekcji pola operacyjnego autor przeprowadza znieczulenie błony śluzowej włóknistej wyrostka podniebiennego, tak przeprowadzając zastrzyki aby otrzymać znieczulanie jego podstawy. Analogicznie przeprowadza zastrzyki przez błonę śluzową i włóknistą przedsionka, poczynając od siekacza środkowego wzdłuż brzegu zębodołu, jak gdyby chodziło o wyjęcie wszystkich zębów górnych po stronie odpowiedniej. Należy też znieczulić gałązki nerwowe, które się przecinają na linji środkowej. Następnie autor przystępuje do znieczulenia okolic przedsionkowych ponad błoną śluzową włóknistą, w tym celu przesuwa igłę przez błonę śluzową i włóknistą, a znalazłszy styczność z kością zostawia kilka kropel płynu; powtarza to na całej długości przedsionka. Przystępując do znieczulenia części poza jamą ustną, po dezynfekcji jodyną, nakłuwa skórę i przechodząc przez tkanki pod nią leżące do okostnej w odległości kilku milimetrów od brzegu oczodołu zostawia kilka kropel płynu; zastrzyk ten wykonywa trzy razy wzdłuż oczodołu co $^1/_2$ centymetra. Przeprowadza ten jeden zastrzyk na poziomie otworu podoczodołowego, aby znieczulić gałązki nerwowe tej nazwy. O ile operacja dotyczy jamy nosowej, należy to znieczulenie dopełnić przez zastrzyk do jamy nosowej odpowiedniej strony.

Znieczulenie szczęki dolnej. — Przeprowadza się zastrzyk do błony śluzowej i włóknistej od strony przedsionka i języka, a potem z jednej i drugiej strony poniżej tej błony kilka zastrzyknięć przez błonę śluzową do kości. W ten sposób otrzymuje się znieczulenie części, położonych ponad mięśniem żuchwowo-gnykowym i policzkowym. Następnie wykonywa się podobnie jak w szczęce górnej kilka zastrzyków skórnych w odległości $^1/_2$ centymetra jeden od drugiego, na stronie zewnętrznej szczęki dolnej, potem na brzegu dolnym żuchwy następnie na stronie wewnętrznej podstawy żuchwy, co się uskutecznia przez wtłoczenie skóry w okolicy podszczękowej i pochylenie skośne igły. Po przeprowadzeniu znieczulenia można operować natychmiast. Autor używa jako płynu Sérocaine de Miegeville á 2%, która działa bardzo szybko. Dawka wynosi 6 do 12 ctm. c. rozczynu.

Sposób autora tutaj podany pozwala otrzymać znieczulenie kompletnie doskonałe, a wyłącza znieczulenie ogólne, używane jedynie w razach wyjątkowych.

Str. *Romana Oppenheimówna.*

Dr. Maurycy Roy. Zapobieganie i leczenie próchnicy u dzieci. (Prophylaxie et le traitement de la carie chez les enfants). L'Odontologie № 2. 1924.

Na wstępie autor wskazuje na dwie przyczyny powstawania próchnicy: chemiczno-pasożytniczą oraz niedostateczne zwapnienie tkanek zęba, gdyby nie miała miejsca ostatnia przyczyna tedy i pierwsza nie wywarłaby w tym stopniu swego zgubnego działania.

Zagadnienie zapobiegania wadliwej budowie i wapnieniu zęba jest niezmiernie złożonem i zależy od warunków: życia wewnątrz macicznego i kilku lat (do 12) po urodzeniu. Stan zewnętrznej powłoki lub elementów tkankowych zęba ma wielki wpływ na powstawanie próchnicy. Autor wspomina o przestrzeniach międzykulkowych Czermaka, które im są liczniejsze tem waga zęba jest mniejszą, zęby tem łatwiej ulegają próchnicy (Galippe).

Stan zdrowia osobnika oraz przynależność jego do danej rasy stanowią o powstawaniu próchnicy. Zdaniem autora tylko w okresie kształtowania się zębów, tkanek zębowych, można wpływać na odkładanie się w niej pierwiastków mineralnych oddziaływując na matkę w okresie ciąży, zaś na dziecko w piewszych 12 latach życia, przedsiębrać cośkolwiek w tym kierunku po upływie tego czasu jest robotą próżną i niepotrzebną. Tkanki zębów jak wiadomo, po okresie uformowania się, ulegają tyko nieznacznym zmianom, najmniej szkliwo, z powodu prawie zupełnego braku soków tkankowych i bardzo powolnej ich cyrkulacji, elementy zębiny w ciągu życia ulegają tylko nieznacznym zmianom, jeden tylko cement posiada zdolności regeneracyjne.

Niedostateczne zwapnienie tkanek zębowych nie zależy wyłącznie od niewystarczającej ilości soli wapiennych w pokarmach, jest ich poddostatkiem w mleku matczynem lub krowiem, oraz przyjmowanych pokarmach, istota rzeczy leży w wadliwem przyswajaniu takowych. Autor sądzi, że tak częste w wieku dziecięcym zaburzenia w trawieniu, stanowią największą przeszkodę w przyswajaniu tych soli, radzi więc od tych zaburzeń dzieci chronić; dodatkowe podawanie soli wapiennych autor nie uważa za konieczne. Być może, że czynność któregokolwiek z gruczołów dokrewnych, ma wpływ na odkładanie się soli wapiennych w tkankach zębowych. Autor przytacza zdanie Ferriera, że rasy, mające zęby dobrze zwapnione, zawdzięczają to wodzie zamieszkiwanego przez się kraju, bogatej w składniki mineralne, przeciwnie ludzie, mający złe zęby, zamieszkują kraje mające wodę słabo mineralną. Dalej wspomina o preparacie Charles de Bordeaux „dentogene scientifique", zalecanym

przez tegoż do przyjmowania w celu zwiększenia soli mineralnych w zębach.

By zapobiec przyczynom chemiczno-pasożytniczym próchnicy, należy stosować u dzieci zabiegi hygieniczne w jamie ustnej. Z chwilą, gdy dziecko będzie miało 16 zębów winno rozpocząć czyszczenie dokładne szczoteczką. Gdy tylko przerżną się wszystkie 20 zębów mlecznych, należy zęby dziecka poddawać dwa razy do roku, a przy zębach słabych nawet cztery razy do roku, oględzinom lekarza dentysty. Gdy ukaże się ząb sześcioletni, należy starannie czyścić jego powierzchnię żującą, zwłaszcza do czasu przerżnięcia się przeciwległego, który ułatwi oczyszczanie tych powierzchni przez żucie.

Należy rodzicom zwrócić na te zęby szczególną uwagę. Leczenie uległych próchnicy zębów mlecznych jest przez rodziców, a nawet niekiedy przez lekarzy zaniedbywane, a doniosłość jego skutków lekceważona, tymczasem winno być ono jedną z podstawowych zasad hygieny dziecięcej i ogólnej. Autor wylicza szereg ujemnych skutków próchnicy u dzieci:

1) Ból przy żuciu zębów (spróchniałych) przeszkadza dzieciom w przyjmowaniu pokarmów twardych, mięsnych,

2) Przedwczesna utrata zęba mlecznego utrudnia dziecku przeżuwanie pokarmu,

3) Zapalenie ozębnej, zwłaszcza ropne, wywiera szkodliwy wpływ na zawiązki zębów stałych,

4) Wskutek utraty zębów mlecznych może nastąpić przedwczesne przerżnięcie się zębów stałych.

5) Przedwczesne wypadnięcie lub usunięcie zębów mlecznych jest najczęstszą przyczyną powstawania nieprawidłowości ustawienia (miejsca, kierunku osi i t. d.) zębów stałych.

Przedwczesne zepsucie zębów mlecznych oprócz zaburzeń miejscowych może powodować i ogólne, jak np.:

1) Utrudnione przeżuwanie i przyjmowanie pokarmów może mieć wpływ na odżywianie się, wzrost i rozwój dziecka.

2) Dziecko, połykając produkty gnilne, ulega zaburzeniom w odżywianiu lub zakażeniu organów nawet oddalonych.

3) Drobnoustroje, gnieżdżące się w mającej zepsute zęby i źle utrzymanej jamie ustnej dziecka, mogą powodować tak częste u dzieci zakażenie ośrodków (splotów) nerwowych. Prątki gruźlicze wędrując przez zepsute zęby mogą wywołać zajęcie gruczołów podszczękowych lub nawet szyjowych.

Powyższe względy chyba dostatecznie usprawiedliwiają potrzebę leczenia próchnicy zębów u dzieci.

Dentyści zdaniem autora, bardzo często sądzą, że dzieci są najtrudniejszemi do leczenia i najnieprzyjemniejszemi pacjentami, rzecz się ma wprost przeciwnie. Lekarz chcący leczyć

dzieci winien być przedewszystkiem psychologiem i na znajomości psychiki dziecięcej opierać swe z niemi postępowanie. Winien także dzieci lubić, koniecznie trzeba pozyskać zaufanie dziecka. Tu autor opisuje szczegółowo swe metody oswajania dzieci z zabiegami dentystycznemi, które udawało mu się zawsze przeprowadzić u nich w potrzebnym zakresie, nie odstraszając, lecz przeciwnie zyskując w nich na przyszłość stałych pacjentów.

Omawiając traktowanie autor zaleca przy obrabianiu ubytków 2-go stopnia pilnie baczyć, by nie została otwarta miazga.

W zębach mlecznych następuje to dość łatwo z powodu: a) bardzo obszernej komory miazgowej i b) mniejszej niż w zębach stałych wrażliwości miazgi. Za materjał odpowiedni do wypełniania ubytków w zębach mlecznych, autor uważa amalgamat miedziany, zaś cement miedziany za mniej nadający się z powodu jego wrażliwości na wilgoć i trudności utrzymania ubytku w stanie suchym u dzieci. Autor jest zdania, że u dzieci do zniszczenia miazgi można stosować bez żadnego niebezpieczeństwa arszenik; sam autor nie używa innego środka do powyższego celu; należy tylko ubytek zamknąć gutaperką, lub cementem czasowym, a ząb potem starannie obmyć. W wypadkach próchnicy 3-go stopnia autor postępuje w sposób następujący: na pierwszem posiedzeniu zakłada arszenik, na drugim oczyszcza ubytek i wycina (amputuje) miazgę koronową, zaś jej części korzeniowe zaraz po wymyciu ubytku alkoholem i osuszeniu i przypaleniu kreozotem, przykrywa pastą składającą się z tlenku cynku, aristolu i eugenolu, zaś po kilku dniach wypełnia ubytek amalgamatem miedzi. Przy 4-tym stopniu autor nie przeprowadza usunięcie zawartości i leczenie kanałów, uważając to u dzieci za zbyt trudne i niekonieczne, a nawet niebezpieczne ze względu na możliwość zakażenia przez szeroki wylot wierzchołkowy. Po starannem oczyszczeniu, wymyciu i osuszeniu komory, autor zakłada na kanały, nie troszcząc się o ich wartość, tampon waty przesycony formotymolem i zamyka ząb tymczasowo cementem, jeśli po upływie tygodnia niema objawów zapalnych, tedy autor po usunięciu opatrunku, wypełnia ubytek takąż pastą jak przy stopniu 3-im i po upływie pewnego czasu zapełnia ząb ostatecznie. Autor zwraca uwagę na różnicę warunków w zakażonych kanałach zębów stałych a mlecznych, twierdząc, że znajdującą się pod zębem między korzeniami brodawka, zdolną jest unicestwić, przez samą moc swego oddziaływania, szkodliwe działanie mas zakaźnych, pozostawionych w kanałach korzeniowych. Autorowi udawało się, postępując w ten sposób, zachować zęby mleczne aż do momentu, gdy wypadły one na drodze fizjologicznej i obserwując je wtedy, autor stwierdzał brak zapachu zgnilizny.

W przypadkach 4-go stopnia powikłaniem bywa przetoka; autor leczył te ostatnie wprowadzając do nich na watce chlorek cynku: po jednorazowem, a czasem dwu lub trzykrotnem zastosowaniu tego zabiegu, przetoka goiła się. Wypadków, by korzenie mlecznych zębów z obumarłą miazgą nie ulegały rozsysaniu się, jak twierdzą inni, autor nie spostrzegł.

Str. *A. Mokrzycki.*

P. Beyssač.—„W sprawie mostków na zębach z żywą miazgą”. (A propos de bridges sur dents vivantes). La Semaine dentaire. № 32. 1924.

Autor przytacza trzy świeże obserwacje mostków ustawionych na zębach nie dewitalizowanych, które to zęby po upływie kilku miesięcy w gwałtowny sposób rozbolały. Na mocy tych i wielu innych obserwacji, B. dochodzi do wniosku, że należy przyjąć jako zasadę ogólną: dewitalizowanie zębów, które mają służyć za filary do mostków.

Wyjątkowo, jeżeli zęby po zeszlifowaniu przyjęły potrzebny kształt cylindryczno-stożkowaty i jeżeli nie mają chorobowych ubytków, można je zużytkować bez dewitalizacji na filary do mostka. Str. *Stanisława Biejatowa-Zaleska.*

Prof. Edward Loth. Teorja konstytucjonalizmu, a współczesne poglądy na normalną budowę człowieka. (Med. Dośw. i Społ. № 1-2 r. 1924.

Konstytucjonalizm jest to nauka, której celem jest poznanie idealnie normalnej budowy człowieka, i powiązanie wszelkich stanów chorobowych z uchyleniami od tej normy. Nauka ta czyni szybkie postępy, lecz autor twierdzi, że w samem jej założeniu tkwi wiele błędów, gdyż uwzględniając zmienność cech morfologicznych różnych ras i nawet poszczególnych grup ludzi jednej rasy, zauważymy, że granica między normalną i nienormalną budową ustroju ludzkiego jest często bardzo niepewna, a czasem przeprowadzana wręcz błędnie.

Twierdzenie swoje autor popiera przykładami: „gigantismus”, stan uważany w Europie za nienormalny, w innych krajach np. u ludów Dinka w Afryce stanowi przeciętny typ. Są kraje, w których „akromegalja” uważana jest za zjawisko normalne.

Cienkie wydłużone kończyny u nas powstają przy zaniku komórek miąższowych jąder,—u ludów z górnego dorzecza Nilu występują normalnie.

Ta zmienność form morfologicznych tyczy się, naturalnie, i organów wewnętrznych, tylko mniej jest znana z powodu trudniejszego dostępu do zbadania ich.

Nie można dziś dokładnie powiedzieć, czy mamy uważać za zupełnie normalne mięśnie twarzy europejczyka, daleko posunięte w rozwoju filogenetycznym, czy też mięśnie twarzy murzyna, które pod względem tego rozwoju stoją znacznie niżej. U eropejczyka mamy cały szereg mięśni wargi górnej: „musc. quadratus labii superioris, caput augulare, infraorbitale, zygomaticum, musc. zygomaticus, orbicularis oculi"; na dolnej części twarzy mamy: „musc. mentalis, triangularis, risorius". U murzyna te mięśnie są inne; mięśnie wargi górnej stanowią jeden duży płat, „musc. zygomatico-orbitalis"; na podbródku, wskutek silnie rozwiniętego „musc. quadratus labii infer." brak miejsca na „musc. mentalis, triangularis", który występuje bardzo słabo rozwinięty, i „risorius", którego brak zupełnie.

Jeżeli przyjrzymy się statystyce budowy splotu lędźwiowego, to nie będziemy wiedzieli, jaką budowę uznać za normalną i czy bardziej prymitywną wydłużoną, czy formę progresywniejszą, którą cechuje pierwsze skracanie się kręgosłupa, czy wreszcie postać pośrednią, która bynajmniej nie będzie najczęstszą?

Jeżeli podamy dokładnej analizie pochodzenie „costa decima fluctuans", zjawisko ogólnie znane, jako charakterystyczne dla „habitus potisicus", to zauważymy, że nie jest to absolutnie żadną anomalją, przeciwnie, „costa decima fluctuans" występuje w 74% przypadków wogóle i nie jest bynajmniej cechą degeneracyjną, tylko progresywną z punktu widzenia morfologicznego. Ogólnie uważanym jest za normalny górny przyczep „musc. recti abdom." do 5-go żebra tymczasem badania autora wykazały, że przyczep ten w 67% przypadków sięga 5-go, 6-go i 7-go, lub 6-go, 7-go i 8-go; to również nie będzie wówczas nic nienormalnego, tylko będziemy mieli odmianę biologiczną bardzo często spotykaną i reprezentującą formę bardziej progresywną.

Na tym samym mięśniu mamy inną cechę wskazującą, jak trudną jest do przeprowadzenia granica między zjawiskiem normalnem i nienormalnem: u murzyna w 61% przypadków mamy 4,5 smug ścięgnistych poprzecznych na tym mięśniu, u europejczyka w 57% przypadków mamy tych smug tylko 3.

Autor zaznacza, że takich trudności, niedokładności i błędów jest wiele i dlatego z punktu widzenia konstytucjonalizmu cała anatomja musi być zupełnie nanowo przerobiona, i zanim jakiś pogląd na podstawie cech morfologicznych zostanie wypowiedziany, muszą być te cechy wszechstronnie zbadane i ocenione filogenitycznie.

Str. *Dr. St. Heybowicz.*

Zjazdy dentystyczne.

Otrzymaliśmy następującą odezwę z prośbą o zamieszczenie.

XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Ostatni Zjazd (XI) Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbyty w 1911 r. w Krakowie, wybrał w myśl swego Statutu Delegację, której polecił obok załatwienia uchwał zjazdowych, wybór wspólnie z przyszłym Komitetem Gospodarczym miejsca następnego Zjazdu, jak również jego terminu.

W skład wybranej Delegacji wchodzili:

Przewodniczący prof. Gluziński (Lwów).
Zastępca " prof. Ciechanowski (Kraków).
Sekretarz doc. dr. Janiszewski (Kraków).
Skarbnik prof. Dobrowolski, w zastępstwie prof. dr. Maziarski.
Członkowie: prof. Alfred Sokołowski (Warszawa), prof. H. Święcicki (Poznań), prof. S. Tołłoczko (Lwów).
Zastępcy członków: prof. Kryński, prof. Tur (Warszawa), prof. Sieradzki, prof. Twardowski (Lwów), dr. Łazarewicz (Poznań).

Delegacja ta odbyła kilka posiedzeń w Krakowie jeszcze przed wojną. Wybuch wojny światowej przerwał dalszą pracę. To też dopiero w roku 1922 rozpoczęła dalszą czynność i uchwaliła:

1. Zjazd następny (XII) odbyć w Warszawie.
2. Przewodniczącym warszawskiego Komitetu Gospodarczego wybrać: prof. dr. Leona Kryńskiego, zastępcą zaś prof. Bolesława Hryniewieckiego.

Prace tego Komitetu Gospodarczego są już w pełnym toku, a postanowienia jego w porozumieniu z delegacją opiewają, *że XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Warszawie w lipcu 1925 r.* Ściślejszą datę jak i bliższe szczegóły, dotyczące Zjazdu będzie podawał do wiadomości ogółu Komitet Gospodarczy.

Podając tę uchwałę do ogólnej wiadomości i prosząc o przygotowanie się do XII Zjazdu, Delegacja wybrana na XI Zjeździe w Krakowie, spełnia swój obowiązek.

Przewodniczący Delegacji
Prof. Dr. C. Gluziński.

Przewodniczący Komitetu Gospodarczego
Prof. Dr. L. Kryński.

Warszawa, dn. 6/V-24 r.

Jak z powyższej odezwy widzimy w lipcu r. p. odbędzie się w Warszawie XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. Na Zjeździe XI, który się odbył w Krakowie w r. 1911 zorganizowano specjalną Sekcję Stomatologiczną. Przypuszczać należy, że i XII Zjazd nie zechce wytworzyć luki w dziedzinie nauk lekarskich i bez działu stomatologicznego się nie obejdzie. Ponieważ zaś w tym samym czasie i miejscu ma się odbyć zapowiedziany na Zjeździe zeszłorocznym we Lwowie — II Naczelny Zjazd Dentystyczny, którego organizację jednogłośnie powierzono prof. H. Wildze, obecnemu Dyrektorowi Państw. Inst. Dent., zachodzi więc pytanie, czy w interesie nauki polskiej leży tego rodzaju podział prac i sił naukowych dentystycznych, których wszak zbyt wiele nie mamy.

Naszym zdaniem Zjazd Dentystyczny powinien być wcielony do Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w charakterze sekcji i w tej sprawie powinno jaknajszybciej nastąpić porozumienie pomiędzy organizatorem II Zjazdu Naukowego Dentystycznego Dyr. Państw. Inst. Dent. Prof. H. Wilgą a Komitetem Gospodarczym XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Zjazd Delegatów Zrzeszeń Dentystycznych.

Dnia 12 października b. r. odbył się w Warszawie Zjazd Delegatów Zrzeszeń Dentystycznych z całej Polski. Przybyli przedstawiciele:

1) Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów b. Zaboru Pruskiego;

2) Związku Lekarzy-Dentystów, przynależnych do Izby Lekarskiej Lwowskiej;

3) Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów Chrześcjan;

4) Warszawskiego Towarzystwa Lekarzy-Dentystów;

5) Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów Polaków w Wilnie;

6) Zrzeszenie Lekarzy-Dentystów Kasy Chorych m. Warszawy.

Nie przybyli z przyczyn nam nie znanych delegaci Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem.

Zebrani omawiali sprawę przyszłej ustawy dentystycznej. Odczytano projekt tej ustawy, opracowany w łonie Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów Chrześcjan. Ponieważ nikt nie znał tekstu analogicznej ustawy rządowej, wniesionej już pono na Radę Mlnistrów, więc szczegółowe omawianie tego projektu odłożono do czasu, kiedy można się będzie z ustawą rządową zapoznać.

Wobec krążących wieści, jakoby projekt ustawy opracowanej przez Generalną Dyrekcję Zdrowia był w wysokim stopniu niebezpieczny nie tylko dla stanu dentystycznego lecz i dla dentystyki jako nauki, postanowiono utworzyć delegację do obrony interesów związkowych oraz przedstawienia sferom rządowych poglądów zrzeszeń zawodowych na potrzeby dentystyki w Polsce. Wybrano po jednym przedstawicielu z każdej dzielnicy i postanowiono ponadto zaprosić Dyrektora Państwowego Instytutu Dentystycznego profesora Wilgę, by przyjął w delegacji tej udział, jako przedstawiciel i obrońca nauki dentystycznej.

Następnego dnia delegacja w pełnym składzie udała się do Generalnej Dyrekcji Zdrowia, gdzie ją przyjął Dyrektor Departamentu Dr. Adamski w obecności referentów: Dr. Jarmińskiego i p. Strowskiego. Odczytano projekt ustawy; p. Strowski się zdziwił, że jest on delegacji nie znany, gdyż został przez niego rozesłany do opinji do wszystkich zrzeszeń dentystycznych—delegaci oświadczyli, że żadne z reprezentowanych przez delegatów na Zjeździe Zrzeszeń, urzędowego projektu ustawy nie otrzymało. W trakcie odczytywania ustawy zaniepokojenie delegatów nie zmniejszyło się wcale, gdyż istotnie ustawa ta technikom dentystycznym nadaje zbyt szerokie uprawnienia, pozwalając im „wykonywać wszystkie rękoczyny na zębach poszczególnych i uzębieniu, jakich potrzebuje do sporządzania sztucznych zębów i uzębienia, koron i mostków z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej".

Tyczy się to b. zaboru pruskiego, gdzie istniała wolność procederowa (Gewerhefreiheit) i astrjackiego (specjalne koncesje): technicy dentystyczni nie kontentując się dawną ustawą uzurpowali sobie tam cały szereg czynności czysto lekarskich, które obecnie projekt ustawy uprawnia *).

Pozatem na Zjeździe omówiono i przyjęto statut Centralnej Rady Zrzeszeń Dentystycznych. Każde z Zrzeszeń ma wybrać po 2-ch członków i 2-ch zastępców. Wybory mają nastąpić przed 15 listopada.

Poruszono kwestję Zjazdu dentystycznego w myśl tego cośmy już o tem pisali.

Dyrektor Państw. Gimnazjum im. Bartosza Głowackiego w Tomaszowie Lubelskim prosi nas o zaznaczenie, że w temże Gimnazjum wakuje posada gimnazjalnego Dentysty.

---

*) Sprawę tę omówimy w najbliższym numerze (*przyp. Redakcji*).

TRAVAUX ORIGINAUX.

ORYGINAL WORKS.

Dr. Wł. Szafran. On the pathology and the treatment of the dental cysts.

Dr. L. Brennejsen. Increase of strenght of the bridge with steel band.

Dr. A. Gruszczyński. In the public matter—publicity before all.